



ВАРНЕНСКИ ЕКСПЕРТЕН ЦЕНТЪР
Център по Безопасност, Здраве и Трудова Медицина

FORM TM-8951

ИЗХОДНИ ДАННИ ЗА СЛУЖБА ПО ТРУДОВА МЕДИЦИНА

СЕКЦИЯ А

ОБЩО-ИНФОРМАЦИОННА ЧАСТ

1 ИМЕ НА ФИРМАТА

.....

2 а. Адрес на Управление / в. Кореспонденция

2а

2 б.....

2 с Тел. 2d Факс

3 ЕИК

4 Управител (МОЛ)

4а Име

5 Координатор

5а Име

5b Тел 6d Мобилен Тел. (.....).....

6 Предмет на Дейност на Фирмата

.....

.....

7 Данни за Фирмата 7а Обекти :

7б Общ брой на Личния Състав : 7с Брой Водачи на МПС :

7d Списък на длъжностите

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. ИЗБРАНИ УСЛУГИ ЗА ОБСЛУЖВАНЕ ОТ СТМ

8а МЕДИЦИНКО ОБСЛУЖВАНЕ ОТ ПО НАРЕДБА 14

8b ОЦЕНКА НА РИСКА ПО ISO/ЕВРОПЕЙСКИ СТАНДАРТИ ---- бр. Длъжности
---- бр Строителни обекти

8с ВЪТРЕШНА ПРОВЕРКА ПО ЗЗБУТ

8d ВЪТРЕШНА ПРОВЕРКА ПО ТЗ

8е ТЕКУЩ КОНСУЛТИНГ

9 Желаете ли Профилактични Прегледи по Наредба 3?

Да Не

10 Желаете ли Предпътни прегледи на водачите на МПС съгл. Нар.5 ?

Да Не

11 Имате ли ТЕКУЩА ПРОВЕРКА от ОИТ ?

Да Не

Дата на попълване :

Попълнил :

Оферирана Цена / Дата : /

Договор /Дата: /

